

SCHEDA SOCIO – SANITARIA DI _____

NATO A _____ **IL** _____

RESIDENTE _____ **VIA** _____

C.F. _____ **TEL.** _____

SOGGIORNO _____ **DAL** _____ **AL** _____

PARENTE DA CONTATTARE: NOME _____ **TEL.** _____

(da compilarsi a cura del medico curante)

DIAGNOSI

ANAMNESI

PESO: _____ **KG.**

ALTEZZA: _____ **CM.**

ANNI _____

E' esente da MALATTIE INFETTIVE e può vivere in comunità:

- Sì
- Con precauzioni
- No

Ha mai avuto ricoveri in reparti psichiatrici?

- No
- Sì remoti
- Sì recenti

CONDIZIONI PSICHICHE:

- Nella norma
- Fasi di confusione e disorientamento se sì,
 Occasionali *Frequenti*
- Inversione del ritmo sonno/veglia se sì,
 Occasionali *Frequenti*
- Agitazione con spunti aggressivi se sì,
 Occasionali *Frequenti*
- Alcoolismo o altre dipendenze
- Depressione

VALUTAZIONE DI AUTOSUFFICIENZA::

- Totale
- Parziale
- Nulla

L'OSPITE E' IN GRADO DI

Vestirsi

- In modo autonomo
- Con aiuto parziale
- Non è in grado

Lavarsi

- In modo autonomo
- Con aiuto parziale
- Non è in grado

Alimentarsi

- In modo autonomo
- Con aiuto parziale
- Non è in grado

VISTA

- Nella norma
- Compromessa
- Occhiali
- Cecità

LINGUAGGIO

- Nella norma
- Afasia con buona comprensione
- Afasia globale

UDITO

- Nella norma
- Compromesso
- Apparecchio acustico

INCONTINENZA

- Assente
- Urinaria se sì,
 Occasionale *Frequente*
- Fecale se sì,
 Occasionale *Frequente*
- È autonomo/a nell'uso dei presidi

PIAGHE DA DECUPITO

- No
- Sì, localizzazione: _____

TERAPIA ANTICOAGULANTE

- No
- Sì, frequenza: _____

DEAMBULAZIONE

- Cammina da solo/a
- Cammina con aiuto:
 - con ausili, specificare _____
 - con accompagnatore
- Non cammina
- Si sposta in carrozzina
 - da solo/a
 - con accompagnatore

AUSILI NECESSARI

- Letto con sponde
- Sistema antidecubito
- _____

CONDIZIONI CARDIO-CIRCOLATORIE

- Buone
- Compromesse

- Molto compromesse

CONDIZIONI RESPIRATORIE

- Buone
- Compromesse
- Molto compromesse

DISPNEA

- Assente
- Da sforzo
- A riposo

Può partecipare e gruppi di ginnastica dolce (in palestra e/o piscina) e di animazione motoria?

- Si No

Necessita di fisioterapia individuale?

- Si, tipo _____
- No

Il medico ritiene che la persona possa ritornare presso il proprio domicilio dopo il periodo di soggiorno? si no

INTOLLERANZE ALIMENTARI e FARMACOLOGICHE

ALLERGIE ALIMENTARI e FARMACOLOGICHE
